



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Laparotomía en neonatos en el Instituto Especializado
de Salud del Niño, Lima 2004 – 2006”**

TESIS

Para optar el Título de Especialista en Cirugía Pediátrica

AUTOR

Segundo Teodulo GAMBOA KCOMT

ASESOR

José Germán JARAMILLO SAMANIEGO

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Gamboa, S. Laparotomía en neonatos en el Instituto Especializado de Salud del Niño, Lima 2004 – 2006. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

DEDICADO A:

Mis padres, mi esposa y mi hijo, por
su tolerancia durante mi formación
personal y profesional.

INDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	4
CAPITULO I. Introducción	5
1.1 Antecedentes	7
1.2 Justificación	8
1.3 Objetivos	8
CAPITULO II. Material y Métodos	9
2.1 Tipo de Estudio	9
2.2 Población objeto de estudio	9
2.3 Recolección de datos	10
2.4 Metodología	10
CAPITULO III. Resultados	11
CAPITULO IV. Discusión	16
CAPITULO V. Conclusiones	21
CAPITULO VI. Recomendaciones	23
AGRADECIMIENTO	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS:	
ANEXO 1 Ficha de recolección de datos	31
ANEXO 2 Tablas	34
ANEXO 3 Gráficos	41

RESUMEN

La laparotomía es uno de los abordajes de la cavidad peritoneal realizado con más frecuencia, dicho procedimiento se realizó con el propósito de explorar, examinar y tratar los problemas abdominales. Se registraron 120 ingresos a la Unidad de Cirugía Neonatal del Instituto Especializado de Salud del Niño de los cuales se le practicó laparotomía a 44 de ellos, en el periodo de enero del 2003 a abril del 2006. Se realizó un estudio prospectivo, observacional. El objetivo fue determinar las características clínicas de los neonatos laparotomizados, los diagnósticos mas frecuentes por los que se realizó la laparotomía, así como el tipo de operación realizada y sus complicaciones. Se obtuvieron los siguientes resultados: el mayor número de casos se presentó en varones (68,2%). El ingreso de los pacientes fue por emergencia en un 95,5%. Los signos clínicos mas frecuentes fueron la distensión abdominal con 28% seguido de los vómitos con 21,5%. La incisión abdominal mas frecuente fue la transversa con 88,6%, el procedimiento mas frecuente fue la colostomía a doble boca con 44,4%. Se reoperó al 20% de los casos, la complicación mas frecuente fue la dehiscencia de anastomosis con 36%. La causa mas común que motivo la laparotomía fue la malformación ano rectal 40,9%,. La mortalidad fue del 22,7%, siendo la causa mas frecuente por malformación ano rectal.

PALABRAS CLAVE: Laparotomía, neonatos, incisión abdominal, complicaciones.

I. INTRODUCCIÓN

La laparotomía exploratoria es un procedimiento quirúrgico que se hace con el propósito de explorar, examinar y tratar los problemas que se presentan en el abdomen.

(1,2)

Esta apertura de la cavidad peritoneal es utilizada no sólo por la cirugía del aparato digestivo, sino por otras especialidades quirúrgicas, como la cirugía vascular, ginecología y urología. En algunos casos, el procedimiento quirúrgico se realiza de urgencia y, dependiendo del tipo de intervención practicada (limpia y/o contaminada), la incidencia de complicaciones a veces es alta, sobre todo cuando se produce dehiscencia de la pared abdominal (evisceración) ^(4,6) o eventración que se presenta, generalmente, después de una laparotomía media presentándose una tasa de incidencia de hasta el 16% de los casos, a pesar de las múltiples técnicas de suturas empleadas ⁽⁸⁾.

La laparotomía exploratoria no es un procedimiento extraño en cirugía neonatal. En los últimos años la cirugía neonatal ha experimentado importantes adelantos. Se han incorporado nuevas técnicas quirúrgicas para la corrección de muchas anomalías congénitas y se produjo una sustancial mejora, tanto en los resultados funcionales como en la sobrevida de neonatos con patología compleja. Esto se debe también a los avances logrados en la terapia intensiva neonatal, que posibilitan mejores controles pre y postoperatorios ^(5,11,12,13,21).

El logro más notable de la neonatología es el haber conseguido una cifra de supervivencia de los neonatos pretérmino (definidos como los lactantes de 37 semanas o menos de edad gestacional al nacer), y es por ello que un número cada vez mayor de neonatos de este tipo son sometidos a anestesia y cirugía ^(9,10).

Los aportes decisivos para la mejora de sobrevivencia de los neonatos son:

- Asistencia respiratoria mecánica: no solo para enfermedades pulmonares severas sino también para la mejor recuperación post anestésica.
- La incorporación de nutrición parenteral que facilita enormemente la evolución postoperatoria en ciertas patologías quirúrgicas en las que es necesario dejar en reposo la función intestinal.
- La tecnología de avanzada que permite el monitoreo de diversas funciones.
- El uso de celdas o colchón térmicos como mesa de operaciones, que evita pérdidas de temperatura y traslados del recién nacido.

Gracias a estos avances es posible hoy en día intervenir quirúrgicamente a neonatos y tener buenos resultados en cirugías tales como:

- Fístula traqueoesofágica.
- Gastrosquisis.
- Hernia diafragmática congénita
- Onfalocele
- Persistencia del conducto arterioso.
- Obstrucción intestinal.

Dentro de este grupo de patologías, la obstrucción intestinal es una de las causas más comunes en que se realiza laparotomía exploratoria, y puede ser producido por la enfermedad de hirschsprung, atresia intestinal, malrotación intestinal, íleo meconial, peritonitis meconial, malformaciones ano-rectales, enterocolitis necrotizante, perforación intestinal idiopática y hernia inguinal atascada ^(13,14,15,16,17,18,19).

1.1 Antecedentes:

En nuestro medio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en un estudio de obstrucción intestinal en neonatos entre los años 1996 a 1997 se operaron a 31 neonatos, encontrándose dentro de las causas a las atresias intestinales (51,4%) en primer lugar seguidas de las malformaciones ano-rectales (29%) y la enfermedad de Hirschsprung (12%), hay que destacar que en este estudio se incluyó a las atresias de esófago, dentro de las estadísticas de las atresias intestinales, por ser el esófago parte del tubo digestivo ⁽¹¹⁾.

En el Hospital HONADOMANI San Bartolomé entre los años 2000 al 2002 se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las malformaciones neonatales en general, encontrándose 340 neonatos con malformaciones, de los cuales 44 presentaron malformaciones gastrointestinales, falleciendo 8 los cuales representan una letalidad del 18%, en este estudio no refieren la causa específica de la muerte de estos neonatos ni el número de los pacientes que fueron sometidos a cirugía ⁽¹²⁾.

En el Hospital Daniel A. Carrión entre los años 1996 al 2000 se encontró que el 6% de neonatos autopsiados se debió a causas quirúrgicas entre ellas gastrosquisis, malformaciones del tubo digestivo, peritonitis, vólvulo intestinal y úlcera gástrica hemorrágica. Por ser este un estudio anatómo-patológico no presentan el número de neonatos con malformaciones gastrointestinales que sobrevivieron a la cirugía ⁽⁸⁾.

Además, en la Unidad de Cirugía Neonatal del Instituto Especializado de Salud el Niño se opera un promedio de 48 neonatos al año ⁽⁵⁾, y no existe ningún estudio en la

actualidad que haya determinado las patologías más frecuentes, complicaciones y mortalidad de los neonatos a los cuales se les practicó una laparotomía.

1.2. Justificación:

En este estudio se intenta relacionar la morbi-mortalidad de los pacientes neonatos operados de laparotomía en el IESN, en el periodo del 2004 al 2006, por lo que se realizó este estudio con la finalidad de determinar las características clínicas y su relación con los hallazgos operatorios después de la laparotomía de los neonatos hospitalizados en el servicio de cirugía.

1.3 Objetivos:

- Determinar las características clínicas de los neonatos sometidos a laparotomía.
- Determinar los diagnósticos por los que se realizó la laparotomía en los neonatos.
- Determinar el tipo de operación realizada.
- Determinar cuáles fueron las complicaciones post operatorias.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio fue prospectivo, observacional y longitudinal.

2.2 Población objeto de estudio:

Los neonatos ingresados a la Unidad de Cirugía Neonatal del IESN que fueron sometidos a laparotomía durante el periodo del 1 de enero del 2004 al 30 de abril del 2006.

MUESTRA: Los neonatos que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Neonatos sometidos a laparotomía.
- Hospitalizados en la unidad de cirugía neonatal.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Neonatos con diagnóstico de gastrosquisis, onfaloceles, defectos de pared abdominal, estenosis hipertrofica de píloro, hernia diafragmática y eventración diafragmática.

Se estudiaron 120 neonatos hospitalizados en el servicio de cirugía pediátrica, en el periodo de estudio, en los cuales se le realizó laparotomía a 44 neonatos (37%).

2.3 Recolección de datos:

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de los neonatos hospitalizados en la unidad de cirugía neonatal en la ficha de recolección de datos (Anexo 1). Los neonatos que ingresaron inmediatamente después de la intervención quirúrgica a la Unidad de Cuidados Intensivos, se recolectó los datos recién al pasar el paciente a la Unidad de Cirugía Neonatal, o en la oficina de archivo en caso de fallecimiento.

2.4. Metodología:

La información recuperada de la ficha de datos fueron vaciadas en un sistema computarizado bajo el programa de Excel y SPSS 12, para el análisis estadístico y la estructuración de tablas y gráficos.

III. RESULTADOS

De un total de 120 neonatos hospitalizados en la unidad de cirugía neonatal, durante el 1 de enero del 2004 al 30 de abril del 2006, según los criterios de exclusión e inclusión, fueron analizados 44 historias clínicas de neonatos laparotomizados los cuales representaron el 36,6% de los pacientes hospitalizados. Cuatro pacientes en el post-operatorio fueron derivados por presentar anomalías asociadas a los servicios de neurocirugía y cardiología.

De los 44 pacientes, 30 fueron de sexo masculino (68,2%), y 14 de sexo femenino (31,8%) con una proporción masculino/femenino de 2,1: 1 .(tabla N°1).

La media de edad fue de 4,3 días de edad (variación de 0 días a 25 días). En cuanto a la estratificación de los pacientes por edades se encontró que el mayor porcentaje fueron los neonatos de 1 a 3 días de edad que representaron el 56,8%, seguido de los de más de 16 días que representaron el 13,6% (Grafico N° 1).

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente procedían de Lima en un 31,8% (14), del Centro fueron 27,3%(12), Norte 20,5% (9), Sur 15,9% (7) y Oriente 4,5% (2), respectivamente como muestra en la tabla N°2.

El ingreso de los neonatos fue en la mayoría de casos por la unidad de emergencia del IESN y representó el 95,5% (42), seguida por consultorio 2,3% (1) y transferidos de otro servicio 2,3% (1), tal como se muestra en el Gráfico N° 2.

Según la edad gestacional fueron a término 90,9% (40) y los pre término con 9,1% (4) no encontrándose ningún paciente pos término (tabla N° 3).

El inicio de la enfermedad, en la mayoría de los casos se presentaron desde el nacimiento en 33 neonatos (75%), seguido del grupo de 1 a 3 días, 5 neonatos (11,4%), 4 neonatos de más de 11 días (9,1%) y 2 neonatos de 5 a 10 días (4,5%) (Grafico N° 3)

El signo más frecuente encontrado en los neonatos laparotomizados fue la distensión abdominal en 30 pacientes (28%), seguido de los vómitos en 23 pacientes (21,5%), tal como se muestra en la tabla N° 4.

Con respecto a las malformaciones asociadas se encontró el síndrome de Down en 11 casos (47,8%), seguida de cardiopatías en 4 casos (17,4%) y otras malformaciones tal como se muestra en la tabla N° 5.

El abordaje de las incisiones abdominales más frecuente fue la transversa en 39 casos (88,6%) seguida de la oblicua en 5 casos (11,4%), no encontrándose ninguna incisión mediana, como se muestra en la grafica N° 4.

La ubicación de la incisión más frecuente se realizó en el cuadrante inferior izquierdo en 20 casos (45,5%), seguida del cuadrante superior derecho en 19 casos (43,2%), cuadrante inferior derecho en 3 casos (6,8%), paraumbilical derecha un caso (2,3%) y Fhanestil un caso (2,3%), tal como se observa en la tabla N° 6.

El procedimiento mas frecuente durante la laparotomía fue la realización de colostomia a doble boca en 20 casos (44,4%), seguido de la anastomosis termino terminal en 8 casos (17,8%) y anastomosis latero lateral en 4 casos (8,9%), tal como se observa en la tabla N° 7. Otros procedimientos realizados fueron la resección intestinal en 11 casos (52,4%), seguido de la liberación de bridas y adherencias en 5 casos (23,8%), según grafico N°5

Los pacientes que requirieron unidad de cuidados intensivos (UCI) inmediata post operatoria fue de 20,5% (9 casos), los que no requirieron UCI fueron 79,5% (35 casos), tal como lo muestra la tabla N° 8.

Los pacientes que recibieron nutrición parenteral total fueron 19 casos lo que representaron el 43,2% tal como se observa en la tabla N° 9.

Los pacientes que recibieron ventilación mecánica en el post operatorio fueron el 11,4% (5 casos), tal como se observa en la tabla N° 10.

Los pacientes reintervenidos quirúrgicamente fueron el 20% (9 casos), como lo muestra la tabla N° 11; encontrándose que el 88,9% (8) fue reoperado en una sola oportunidad y un paciente (11,1%) fue reoperado en 3 oportunidades, como se observa en el grafico N°6.

De las causas de las reoperaciones se encontró en mayor frecuencia la dehiscencia de anastomosis en un 36% e los casos, seguido de la dehiscencia de la pared abdominal (evisceración) en un 18,2%, tal como lo muestra el grafico N° 7.

De las complicaciones post operatorias se observó la sepsis como mayor complicación 31,8% (7 casos), seguido de la dehiscencia de anastomosis con un 18,2% seguido de la dehiscencia de la pared abdominal (evisceración) con un 9,1% tal como se observa en la tabla N° 12.

Los antibióticos utilizados siempre fueron asociados, siendo la asociación más frecuente administrada, ampicilina-amikacina en 16 pacientes, seguido de cefotaxima- amikacina en 8 pacientes, como se muestra en la tabla N°13. Otro antibiótico asociado fue vancomicina, que tuvo la característica de haber sido el de mayor tiempo de administración, en 9 pacientes, tal como se observa en la tabla N° 14.

La mayoría de los pacientes recibieron 2 antibióticos (37 casos) en su tratamiento post operatorio seguido de la utilización de 3 antibióticos (18 casos), solo 8 pacientes recibieron además tratamiento antimicótico con fluconazol, tal como se evidencia en el grafico N° 8.

El analgésico de elección fue el clonixinato de lisina 84,1% (37 casos), seguido del ketorolaco 4,5% (2 casos), debemos resaltar que el 6,8% (3 casos) no recibió analgesia post operatorio, como se observa en el grafico N° 9.

De los diagnósticos que motivaron la laparotomía se encuentra en primer lugar la malformación ano-rectal en un 40,9% (18 casos), seguida de atresia duodenal y perforación intestinal idiopática, ambas con 6,8% (3 casos cada uno), tal como se observa en la tabla N° 15.

Las patologías asociadas en los pacientes laparotomizados se encuentra la atresia de esófago en un 30% (3 casos), como se observa en el grafico N° 10.

El inicio del aporte enteral se realizo entre el 1° al 3° día post operatorio en el 31,8% (14 casos) (tabla 32); el aporte enteral total se realizo posterior a los 16° día del postoperatorio en el 22,7% (10 casos) (tabla N° 16). La alimentación por vía oral se realizo en un 52,3% (23 casos) y por sonda orogastrica en un 27,3%.

Los pacientes fallecidos post laparotomía fueron 10 los que representan el 22,7% (grafico N° 11), de los fallecidos el 80% fueron neonatos a termino y el restante 20% fueron pre término. (grafico N° 12).

Los pacientes que fallecieron y permanecieron en UCI fue el 40% (4 casos), la mayoría de los fallecidos no permanecieron en la UCI lo que representó el 60% (6 casos) como se muestra en la tabla N° 17. De los pacientes fallecidos recibieron nutrición parenteral el 80% (8 casos), tal como se observa en la tabla N° 18. De los pacientes fallecidos solo el 30% (3) recibieron ventilación mecánica en el post operatorio, como lo muestra la tabla N° 19

El diagnóstico más frecuente de mortalidad post laparotomía fue la malformación ano rectal con 3 pacientes fallecidos.

IV. DISCUSIÓN

En nuestra población de estudio, en el periodo comprendido entre enero del 2003 a abril del 2006 se estudiaron 120 neonatos que ingresaron al servicio de cirugía, los datos obtenidos son comparables al estudio Villalobos ⁽⁵⁾, los que representaban 48 pacientes por año, de los cuales se le realizó laparotomía al 34%; en nuestro estudio fue de 51 pacientes por año, a los que se le realizó laparotomía al 36,6%, en el estudio de Taquiri ⁽¹¹⁾ se realizó laparotomía al 80% de los neonatos del servicio de cirugía, si bien representa un porcentaje elevado este estudio fue realizado en 31 pacientes en el periodo de 2 años, a diferencia de nuestro estudio y el de Villalobos que fue realizado en el IESN⁽⁵⁾, que por ser un centro de referencia a nivel nacional concentra pacientes transferidos, no existen otros reportes de laparotomía en neonatos en nuestro medio.

El sexo de la mayoría de pacientes fue masculino con un 68,2%, ello concuerda con la mayoría de las publicaciones tanto nacionales como extranjeras, donde se observa en todas ellas una clara predominancia del sexo masculino.

La edad promedio de los pacientes fue de 4,3 días, ello debido a que los pacientes son transferidos de otros hospitales ya que el IESN no cuenta con el servicio de maternidad, a diferencia del estudio Taquiri ⁽¹¹⁾ donde la mayoría de los pacientes 69%, tuvieron menos de 3 días de edad debido a que fueron pacientes de su propio hospital.

El 68,2% de los pacientes atendidos fueron referidos de provincias solo el 31,8% fueron de Lima, los que fueron transferidos tempranamente al IESN, debido a que los

pacientes para ser referidos requieren una estabilización de su estado, por su especial condición lo que retarda la referencia al IESN.

El 95,5% de los pacientes fueron ingresados por el servicio de emergencia, lo que concuerda con el estudio Villalobos ⁽⁵⁾, debido a que la mayoría de los pacientes se encuentran en estado crítico y requieren un cuidado de urgencia en especial los pacientes con obstrucción intestinal Aschcraft, K. (2000).

El 90,9% de los pacientes fueron a termino, lo que mejora el pronostico de sobrevida de los neonatos ^(44,45,46).

Por ser la mayoría de las patologías del presente estudio malformaciones congénitas el inicio de la sintomatología fue temprana el 75% presento sintomatología desde el nacimiento, el síntoma mas frecuente fue la distensión abdominal (28%), seguido de los vómitos (21,5%) lo que concuerda con los estudios nacionales y extranjeros ^(5,11,36,42,43).

En las malformaciones asociadas el síndrome de Down es la patología mas frecuentemente asociada, seguida de la cardiopatía congénita a diferencia de la literatura internacional donde el 2,1% presentan malformaciones genito urinarias, ello puede explicarse debido tal vez a la falta de estudios adecuados en la búsqueda de malformaciones asociadas ^(10,25).

La incisión abdominal mas frecuentemente utilizada fue la incisión transversa a diferencia de la laparotomía en adultos donde las incisiones mas frecuentemente utilizadas son las medianas y las paramedianas según el estudio de Rojas ⁽¹⁾.

El procedimiento mas frecuentemente realizado fue la colostomia 44,4% de los casos, seguida de las anastomosis intestinales los cuales representan el 26,7% de los casos, a diferencia de la laparotomía en adultos donde el procedimiento mas frecuentemente realizado fue la anastomosis intestinal 25% y la rafia intestinal 10% según el reporte de Rojas ⁽¹⁾, esto debido a que a diferencia de los adultos la mayoría de las laparotomías en neonatos son debido a malformaciones congénitas.

Solo el 20,5 % de los pacientes requirió UCI post operatoria debido a que el ingreso a sala de operaciones de los pacientes se realizo con la estabilización hemodinámica previa a la cirugía.

La nutrición parenteral fue necesaria en el 43,2% de los pacientes debido a que por el tipo de operación realizada requirieron estar en ayunas por un periodo prolongado.

La ventilación mecánica solo fue necesario en el 11,4% de los pacientes a diferencia del estudio Villalobos⁽⁵⁾ donde el 41% de los pacientes requirieron ventilación mecánica, debido tal vez a que en este estudio se realizo con todas las malformaciones congénitas la cual incluía las patologías de las atresias esofágicas las cuales requirieron ventilación mecánica en el 100% de los casos.

Las reintervenciones representaron el 20% de los casos operados, siendo la mayoría de las causas la dehiscencia de anastomosis (36% de los casos), seguida de la dehiscencia de la pared abdominal (evisceración) en 18,2% de los casos los datos concuerdan con el trabajo de Villalobos⁽⁵⁾, pero difiere de los reportes internacionales donde las complicaciones son menores O'Neill, J. (1998), Bellon, J (2005).

De las complicaciones post operatorias la sepsis fue la principal causa de morbilidad la cual represento el 15% del total de pacientes operados de laparotomía, lo cual concuerda con los reportes nacionales ^(1,5,11,12,30).

El 100% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico preoperatorio y en el post operatorio, con al menos una combinación de dos antibióticos de amplio espectro de acorde a la literatura internacional ^(26, 28,29,30,32), solo 11 pacientes (25%) fueron dados de alta con un solo antibiótico vía oral, el resto de los pacientes fueron dados de alta sin antibiótico terapia.

La analgesia de elección fue el clonixinato de lisina que se administro a 37 pacientes (84,1%), lo cual difiere con la literatura internacional donde refiere que el analgésico de elección en neonatos post operados es la administración de fentanil ⁽²¹⁾.

De los diagnósticos que motivaron la laparotomía la malformación ano rectal es la patología que mas frecuentemente encontrada con 18 casos (40,9%), seguidas de las atresias y estenosis intestinales 13 casos (29,5%), lo cual concuerda con los reportes nacionales, pero difieren de los reportes internacionales donde las causas mas frecuentes de laparotomía son la estenosis y las atresias duodenales ⁽⁴⁸⁾.

Solo el 31,8% inicio el aporte enteral dentro del 3 día post operatorio, por lo que el 43,2% de los pacientes recibió nutrición parenteral total, lo cual esta acorde con los reportes internacionales donde se indica la administración de nutrición parenteral total por periodos cortos ^(48, 49).

La mortalidad de los neonatos laparotomizados fue de 10 pacientes lo que representa el 23% de los casos, de los cuales la malformación ano rectal fue la patología con mayor frecuencia, los reportes internacionales no reportan mortalidad tan elevada como la hallada en nuestro estudio por malformación ano rectal, la mortalidad por atresia y estenosis intestinales son acordes a los reportes nacionales e internacionales ^(5,48,49).

V. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se observó una mayor frecuencia del sexo masculino sobre el femenino en lo que se refiere a las patología más frecuentes que requirieron laparotomía.
2. Los signos clínicos mas frecuentemente encontrados fueron la distensión abdominal y los vómitos, compatible con obstrucción intestinal..
3. Por ser el Instituto Especializado de Salud del Niño un centro referencial la mayoría de los pacientes fueron de provincias e ingresaron por la Unidad de Emergencia..
4. Las incisiones abdominales mas utilizadas fueron la transversa, seguida de la oblicua.
5. El procedimiento mas frecuentemente utilizado fue la colostomia a doble boca, seguida de la anastomosis intestinal.
6. El 20% de los pacientes requirió reintervención quirúrgica.
7. La causa principal de reintervención quirúrgica fue la dehiscencia de anastomosis.
8. La sepsis se presentó con más morbilidad en los pacientes post operados de laparotomía.
9. Todos los pacientes recibieron doble tratamiento antibiótico de amplio espectro.
10. El analgésico de elección en el post operatorio fue el clonixinato de lisina.
11. El diagnostico de malformación ano rectal fue la principal causa de laparotomía.

12. El 20% de los pacientes requirió Unidad de Cuidados Intensivos en el post operatorio.
13. El 43% requirió de nutrición parenteral total por periodos cortos.
14. Solo el 11% de los pacientes requirieron ventilación mecánica en el Post operatorio.
15. La mortalidad fue del 23% de los pacientes laparotomizados.
16. La causa mas común de mortalidad se encontró en los neonatos con malformaciones ano rectales..

VI. RECOMENDACIONES

1. Se debe transferir a los pacientes neonatos quirúrgicos en forma oportuna y adecuada a un centro hospitalario que cuente con cirujano pediátrico y unidad de cuidados intensivos neonatales, para un manejo integral.
2. Realizar un estudio prospectivo de seguimiento de los pacientes laparotomizados, para evaluar las complicaciones a largo plazo de la laparotomía en los neonatos.
3. Crear un sistema de referencia por regiones para mejorar el manejo pre operatorio de los pacientes quirúrgicos neonatales, o crear unidades quirúrgicas o cuidados intensivos neonatales por regiones, lo que contribuiría a disminuir la mortalidad infantil en el Perú.

AGRADECIMIENTO

1. Al Dr. Dante FIGUEROA QUINTANILLA, Director General del Instituto Especializado de Salud del Niño, por fomentar la Investigación en nuestra alma mater.
2. Al Dr. Justo PADILLA YGREDA Jefe de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la investigación y Docencia Especializada del Instituto Especializado de Salud del Niño, por facilitar la realización del presente trabajo de investigación.
3. Al Dr. José Germán JARAMILLO SAMANIEGO, Cirujano Pediátrico del Instituto Especializado de Salud del Niño; por su colaboración, amistad y guía permanente.
4. Al Sr. GALLEGOS, Jefe de la Oficina de Archivo de Historias Clínicas del Instituto Especializado de Salud del Niño, por facilitar la obtención de datos para el trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Rojas Hilario, Richard. "Laparotomía Exploratoria en emergencia Hospital Militar central 1980- 2001" tesis UNMSM Lima 2002.
2. Sierra, Lucas "Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía exploradora" Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 504-507
3. Godbole P. and Stringer M. "Bilious Vomiting in the Newborn: How Often Is It Pathologic?". Journal of Pediatric Surgery, Vol 37, No 6 (June), 2002: pp 909-911
4. Bellón-Caneiro J. "El cierre de laparotomía en la línea alba". Cir Esp. 2005; 77 (3): 114-23 p.
5. Villalobos J. "Malformaciones Congenitas Quiúrgicas en Neonatos, Servicio de cirugía, Instituto especializado de salud del niño, Lima 2000-2003" Tesis UNFV . Lima 2004.
6. Ashcraft K. " Cirugía Pediátrica". Tercera edición. Philadelphia 2000.
7. Donald Fry " Consideraciones sobre la pared abdominal y complicaciones en la cirugía de repetición" . Clinicas quirúrgicas de Norteamérica 1991 vol 1 pag 1-11
8. Paredes C. "Correlación entre el diagnóstico clínico y anatómico patológico en muertes neonatales en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion, Callao 1996 – 2000" Tesis UNMSM. Lima 2001
9. García J. "Abdomen agudo en el niño". Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría . Sociedad española de Pediatría 2000 pag. 97-101.
10. Maresca A, Ortiz t. "Malformaciones digestivas en el recién nacido". Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría . Sociedad española de Pediatría 2000 pag. 191-195.

11. Taquiri F. “ Metodos de diagnostico radiológico de obstrucción intestinal congenita en recién nacidos. Hospital Nacional “Hipólito Unanue”. Enero 1996 – diciembre 1997” Tesis UNMSM Lima 2002.
12. Masgo M. “Malformaciones Congenitas en recién nacidos vivos: Morbimortalidad en el HONADOMANI San Bartolomé” Tesis UNMSM. Lima -2003
13. João Carlos Ketzer de Souza, Ubirajara I.C. da Motta, and Carla R. Ketzer. “Prognostic Factors of Mortality in Newborns With Necrotizing Enterocolitis Submitted to Exploratory Laparotomy”. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 36, No 3 (March), 2001: pp 482-486
14. John R. Mehall, John C. Chandler, Rachel L. Mehall, Richard J. Jackson, Charles W. Wagner, and Samuel D. Smith “Management of Typical and Atypical Intestinal Malrotation”. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 37, No 8 (August), 2002: pp 1169-1172
15. Patwardhan N. “Colostomy for Anorectal Anomalies: High Incidence of Complications”. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 36, No 5 (May), 2001: pp 795-798
16. Gangopadhyay M, “Single-stage management of all pouch colon (anorectal malformation) in newborns” . *Journal of Pediatric Surgery* (2005) 40, 1151– 1155
17. Alda L. Tam, Alfonso Camberos, and Harry Applebaum. “Surgical Decision Making in Necrotizing Enterocolitis and Focal Intestinal Perforation: Predictive Value of Radiologic Findings”. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 37, No 12 (December), 2002: pp 1688-1691
18. Joseph J. Tepas III, Renu Sharma, Mark L. Hudak, Robert D. Garrison, Pam Pieper “Coming full circle: an evidence-based definition of the timing and type of surgical

management of very low-birth-weight (<1000 g) infants with signs of acute intestinal perforation". Journal of Pediatric Surgery (2006) 41, 418– 422.

19. Fernández A. "Insuficiencia intestinal". Colombia Medica, Vol. 36 N° 2 (Supl 1), 2005 (Abril-Junio).

20. Sanjuán Rodríguez, C. Moreno Hurtado, J.I. Santamaría Osorio "Atresia de sigma ¿cierre quirúrgico primario o secundario?". Cir Pediatr 2005; 18: 42-45

21. Doron Felman "Anestesia y Analgesia Pos operatoria". Clinicas Pediatricas de Norteamerica 1998 vol 6 pag 1545-1558

22. Roberto Rodríguez-García, Felipe Carlos Rodríguez-García "Diagnóstico prenatal de atresia intestinal múltiple". Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 72, Núm. 4 • Jul.-Ago. 2005 pp 179-181

23. Azzie G. "Diagnosis and Treatment of Foregut Duplications". Seminars in Pediatric Surgery, Vol 12, No 1 (February), 2003: pp 46-54

24. Jaroslavsky D. "Duplicaciones del tubo digestivo. A Propósito de un caso clinico". Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1997, XVI, N° 2

25. Simmi Ratan, K. Nain "Associated Congenital Anomalies in Patients With Anorectal Malformations—A Need for Developing a Uniform Practical Approach". Journal of Pediatric Surgery, Vol 39, No 11 (November), 2004: pp 1706-1711

26. Hotchkiss R. "The Pathophysiology and Treatment of Sepsis". N Engl J Med 348;2 january 9, 2003 p.138- 150

27. Tarnow W. "What is the role of neonatal organ dysfunction and illness severity scores in therapeutic studies in sepsis?". Pediatr Crit Care Med 2005 Vol. 6, No. 3 (Suppl.) p. 135-137

28. Escobar G. "What have we learned from observational studies on neonatal sepsis?". *Pediatr Crit Care Med* 2005 Vol. 6, No. 3 (Suppl.) p 138-145
29. Brahm Goldstein "International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics". *Pediatr Crit Care Med* 2005 Vol. 6, No. 1 p 2-8
30. Pong A. "Guidelines for the Selection of Antibacterial Therapy in Children". *Pediatr Clin N Am* 52 (2005) 869– 894
31. Khalid N. Haque "Definitions of bloodstream infection in the newborn". *Pediatr Crit Care Med* 2005 Vol. 6, No. 3 (Suppl.) p. 45-49
32. Mtitimila EI, "Regímenes de antibiótico para la presunta septicemia neonatal temprana". *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford
33. O'Neill. "Pediatric Surgery". Fifth Edition. Missouri 1988.
34. Martinez Ferro "Neonatología Quirúrgica. Primera Edición. Buenos Aires 2004
35. Valoria Villamartin J. "Cirugía Pediátrica". Primera Edición. Madrid 1994
36. Glick Philip "Secretos de La Cirugía Pediátrica". Mexico 2002
37. Peter fabry " Reoperación para Obstrucción del Intestino Delgado". *Clinicas quirúrgicas de Norteamérica* 1991 vol 1 pag 131-146
38. Tompkins Ronald "Reintervenciones en Cirugía". Primera Edición. Pensilvania 1988
39. Romeo C. "Necrotizing fasciitis: a rare complication of neonatal necrotizing enterocolitis". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 40, Issue 11, November 2005, Pages 1805-1807

40. Renu Sharma "Portal venous gas and surgical outcome of neonatal necrotizing enterocolitis". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 40, Issue 2, February 2005, Pages 371-376
41. Renu Sharma "Surgical management of bowel perforations and outcome in very low-birth-weight infants ($\leq 1,200$ g)". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 39, Issue 2, February 2004, Pages 190-194
42. Jeffrey R "Clinical features and treatment outcome of intussusception in premature neonates". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 38, Issue 12, December 2003, Pages 1818-1821
43. Sai B. S. Sajja "Duodenal atresia associated with proximal jejunal perforations: a case report and review of the literature". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 38, Issue 9, September 2003, Pages 1396-1398
44. Ostlie Daniel J. "Necrotizing enterocolitis in full-term infants". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 38, Issue 7, July 2003, Pages 1039-1042
45. Hamish Hwang "Are localized intestinal perforations distinct from necrotizing enterocolitis?". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 38, Issue 5, May 2003, Pages 763-767
46. Camberos Alfonso. "Laparotomy in very small premature infants with necrotizing enterocolitis or focal intestinal perforation: Postoperative outcome". *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 37, Issue 12, December 2002, Pages 1692-1695
47. Zenciroglu A. "Outcome of primary peritoneal drainage for perforated necrotizing enterocolitis: comparison between laparotomy and drainage". *Eur J Pediatr Surg* 15 (August) (2005), pp. 243-247

48. Naik-Mathuria, B. MD, Olutoye, O. MBChB, “Foregut Abnormalities” Surg Clin N Am 86 (2006) 261–284

49. Gosche, J. MD, Vick, L. MD, Boulanger, S. MD, Islam, S. MD “Midgut Abnormalities” Surg Clin N Am 86 (2006) 285–299

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. FICHA N°
2. EDAD:días
3. SEXO: masculino (), femenino ()
4. PROCEDENCIA: departamento.....provincia.....
Distrito.....
5. LUGAR DE NACIMIENTO: departamento.....
provincia..... Distrito.....
6. FECHA DE NACIMIENTO:.....
7. EDAD GESTACIONAL:.....
8. PESO AL NACER:.....
9. FECHA DE INGRESO AL IESN:.....
10. PESO INGRESO AL IESN:.....
11. TIEMPO DE ENFERMEDAD:
.....días
12. CUADRO CLINICO:

vomitos (), distensión abdominal (), fiebre (), sialorrea, (), nauseas()
dolor abdominal (), Otros signos o síntomas.....
13. FECHA INGRESO AL SERVICIO:.....
14. PESO DE INGRESO:.....
15. VIA DE INGRESO:.....
16. DIAGNOSTICO DE INGRESO:.....
17. FECHA DE INGRESO A SOP:.....
18. OPERACIÓN REALIZADA:.....

19. HALLAZGOS OPERATORIOS:

.....
.....
.....
.....

20. TIEMPO OPERATORIO:.....

21. INGRESOA UCI : SI () NO ()

22. RECIBIO NPT: SI () NO ()

23. RECIBIO VENTILACIÓN MECANICA: SI () NO ()

24. REALIZO REOPERACIONES: SI () NO ()

25. CAUSAS:.....
.....
.....
.....

26. OPERACIÓN REALIZADA EN REOPERACIÓN:

.....
.....

27. ANTIBIÓTICOS RECIBIDOS: SI () NO ()

AMPICILINA	()	() DIAS
AMIKACINA	()	() DIAS
CEFOTAXIMA	()	() DIAS
CEFTAZIDIMA	()	() DIAS
METRONIDAZOL	()	() DIAS
CLINDAMICINA	()	() DIAS
VANCOMICINA	()	() DIAS
MEROPENEM	()	() DIAS
CIPROFLOXACINO	()	() DIAS
FLUCONAZOL	()	() DIAS
OXACILINA	()	() DIAS
CLORANFENICOL	()	() DIAS
CEFEPIME	()	() DIAS
OTROS	()	() DIAS

28. TRATAMIENTO DEL DOLOR POST OPERATORIO: SI () NO ()

CLONIXINATO DE LISINA	()	() DIAS
KETOROLACO	()	() DIAS
FENTANIL	()	() DIAS
PARACETAMOL	()	() DIAS
LACTANCIA MATERNA	()	() DIAS

29. FECHA DE APOORTE DE INICIO ENTERAL:.....

30. VIA DE APOORTE:

ORAL () SONDA OROGASTRICA ()
SONDA OROYEURUNAL () GASTROSTOMIA ()

31. FECHA DE APOORTE TOTAL ENTERAL:.....

ANEXO 2

TABLAS

TABLA N°1 Distribución por sexo de Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJES
MASCULINO	30	68.2
FEMENINO	14	31.8
TOTAL	44	100

TABLA N°2 Distribución por procedencia de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

PROCEDENCIA	PACIENTES	PORCENTAJES
LIMA	14	31.8
CENTRO	12	27.3
SUR	7	15.9
NORTE	9	20.5
ORIENTE	2	4.5
TOTAL	44	100

TABLA N°3 Distribucion por edad gestacional de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

EDAD GESTACIONAL	PACIENTES	PORCENTAJES
PRETERMINO	4	9.1
A TERMINO	40	90.9
POS-TERMINO	0	0.0
TOTAL	44	100

TABLA N°4 Cuadro clínico de ingreso de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

CUADRO CLINICO	PACIENTES	PORCENTAJES
DISTENSION ABDOMINAL	30	28.0
VOMITOS	23	21.5
AUSENCIA DE ANO	18	16.8
SIALORREA	5	4.7
DISMINUCION DE LA SUCCION	5	4.7
ICTERICIA	9	8.4
MAL ESTADO GENERAL	4	3.7
HIPOACTIVIDAD	3	2.8
NAUSEAS	2	1.9
AUSENCIA DE ELIMINACION DE MECONIO	2	1.9
SEC. PORRACEA	1	0.9
ORINA POR OMBLIGO	1	0.9
DOBLE PENE	1	0.9
DEPOSICIONES LIQUIDAS	1	0.9
CIANOSIS	1	0.9
DEPOSICIONES POR URETRA	1	0.9
TOTAL	107	100

TABLA N°5 Malformaciones asociadas de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

MALFORMACIONES ASOCIADAS	PACIENTES	PORCENTAJES
SD. DOWN	11	47.8
CARDIOPATIA	4	17.4
LIPOMIELOMENINGOCELE	3	13.0
VACTERL	2	8.7
CRIPOTORQUIDEA	1	4.3
ATRESIA DE ESOFAGO	1	4.3
EXTROFIA VESICAL	1	4.3
TOTAL	23	100

TABLA N°6 Ubicación de la incisión en los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

UBICACION	PACIENTES	PORCENTAJES
CUADRANTE SUPERIOR DERECHA	19	43.2
CUADRANTE INFERIOR DERECHA	3	6.8
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDA	0	0.0
CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDA	20	45.5
CUADRANTE INFERIOR PHANESTIL	1	2.3
PARAUMBILICAL DERECHA	1	2.3
TOTAL	44	100

TABLA N°7 procedimiento realizado en los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

PROCEDIMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJES
COL. EN ASA	1	2.2
COL. A DOBLE BOCA	20	44.4
COL. A LO HARTMAN	3	6.7
ANAS. T-T	8	17.8
ANAS. T-L	2	4.4
ANAS. L-L	4	8.9
RESECCION DE URACO	1	2.2
ANAS. T-T TAPERING	2	4.4
ILEOSTOMIA DOBLE BOCA	3	6.7
OPERACION DE LADD	1	2.2
TOTAL	45	100

TABLA N°8 Requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

REQUIRIO UCI	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	9	20.5
NO	35	79.5
TOTAL	44	100

TABLA N°9 Requerimiento de Nutricion Parenteral Total en los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

RECIBIERON NPT	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	19	43.2
NO	25	56.8
TOTAL	44	100

TABLA N°10 requerimiento de Ventilación Mecanica de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

RECIBIO VENTILACION MECANICA	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	5	11.4
NO	39	88.6
TOTAL	44	100

TABLA N°11 Reoperaciones de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

REOPERACIONES	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	9	20.5
NO	35	79.5
TOTAL	44	100

TABLA N°12 Complicaciones de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad Cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

COMPLICACIONES	PACIENTES	PORCENTAJES
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS	4	18.2
SEPSIS	7	31.8
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	2	9.1
PERFORACION INTESTINAL	3	13.6
FLEBITIS	1	4.5
EVISGERACION	2	9.1
ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS	1	4.5
NECROSIS DE OSTOMIA	1	4.5
RETRACCION DE OSTOMIA	1	4.5
TOTAL	22	100

TABLA Nº13 Tratamiento de Antibioticoterapia en los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad Cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

ANTIBIOTICOS	1-4 DIAS	5-10 DIAS	11-14 DIAS	MAS DE 15 DIAS	TOTAL
CEFADROXILO	5	1	0	0	6
CEFTRIAXONA	2	0	0	0	2
CEFTAZIDIMA	2	0	0	0	2
CEFACLOR	1	0	0	0	1
AMP+AMK	8	7	0	1	16
CEFOT+AMK	3	5	0	0	8
CEFTA+VANCO	1	1	1	2	5
CEFO+METRO	1	0	1	0	2
CIPRO+METRO	0	1	0	0	1
CEFTA+METRO	0	1	1	0	2
CEFOT+VANCO	1	0	0	0	1
CEFEP+METR	0	1	0	0	1
CEFTA+AMP	0	1	0	0	1
CIPRO+CEFEP	0	1	0	0	1
CEFTA+METRO+VANCO	0	2	2	3	7
AMP+AMK+CLINDA	1	2	0	0	3
CEFO+AMK+METRO	0	1	1	1	3
AMP+AMK+CEFOT	1	1	0	0	2
CEFO+VANCO+MER	1	0	0	0	1
CEFOT+AMP+MET	0	0	1	0	1
AMP+AMK+MET	0	0	1	0	1
CEFTA+AMK+METRO	1	0	0	0	1
CEFTA+VANCO+METRO+CIPRO	0	0	0	1	1
MER+FLUCO	0	0	1	1	2
CEFEP+FLUCO	1	0	0	0	1
VANCO+FLUCO	0	0	0	1	1
VANCO+CIPRO+MERO+FLUCO	0	0	1	2	3
TOTAL	29	25	10	12	76

AMP: AMPICILINA, AMK: AMIKACINA, CEFOT: CEFOTAXIMA, CEFTA: CEFTAZIDIMA, VANCO: VANCOMICINA, METRO: METRONIDAZOL, CIPRO: CIPROFLOXACINO, CEFEP: CEFEPIME, CLINDA: CLINDAMICINA, MER: MEROPENEM, FLUCO: FLUCONAZOL

TABLA N°14 Antibioticos utilizados en los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad Cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

ANTIBIOTICOS	1-4DIAS	5-10 DIAS	11-14DIAS	MAS DE 15 DIAS	TOTAL
AMIKACINA	10	21	0	2	33
AMPICILINA	12	9	2	1	24
METRONIDAZOL	1	8	7	7	23
CEFTAZIDIMA	4	5	4	6	19
CEFOTAXIMA	7	7	3	1	18
VANCOMICINA	3	3	4	9	19
FLUCONAZOL	1	1	2	4	8
CIPROFLOXACINO	0	3	1	2	6
CEFADROXILO	5	1	0	0	6
CEFEPIME	1	1	1	0	3
MEROPENEM	1	0	1	1	3
CLINDAMICINA	1	2	0	0	3
CEFTRIAXONA	2	0	0	0	2
CEFACLOR	1	0	0	0	1
TOTAL	49	61	25	33	168

TABLA N°15 Diagnosticos de los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad Cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

DIAGNOSTICOS	PACIENTES	PORCENTAJES
MAR ALTA	18	40.9
ATRESIA DUODENAL	3	6.8
PERFORACION INTESTINAL	3	6.8
ESTENOSIS DUODENAL	2	4.5
ESTENOSISYHEYUNAL	2	4.5
NEC III	2	4.5
MAR BAJA CON FISTULA	2	4.5
ATRESIA ILEAL I	2	4.5
ATRESIA ILEAL II	1	2.3
DUPLICACION INTESTINAL	1	2.3
PERSISTENCIA DE URACO	1	2.3
ATRESIA ILEAL III	1	2.3
NECROSIS INTESTINAL	1	2.3
ATRESIA INTESTINAL IV	1	2.3
ATRESIA ILEAL IIIA	1	2.3
NEC IV	1	2.3
OLEO MECONIAL	1	2.3
MALROTACION INTESTINAL	1	2.3
TOTAL	44	100

TABLA N°16 Inicio del Aporte Enteral en los Pacientes operados de laparotomía en la Unidad Cirugía Neonatal del IESN 2003 - 2006

INICIO DE APOORTE	PACIENTES	PORCENTAJES
1-3 DIAS	14	31.8
4-6 DIAS	7	15.9
7-9 DIAS	6	13.6
10-15 DIAS	5	11.4
MAS DE 16 DIAS	3	6.8
NO INICIO APOORTE ENTERAL	9	20.5
TOTAL	44	100

TABLA N°17 Fallecidos que permanecieron en Unidad de Cuidados Intensivos post operados de laparotomía en el IESN 2003 - 2006

FALLECIDOS QUE PERMANECIERON EN UCI	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	4	40.0
NO	6	60.0
TOTAL	10	100

TABLA N°18 Pacientes que recibieron Nutricion parenteral Total y Fallecieron post operados de laparotomía del IESN 2003 - 2006

RECIBIERON NPT Y FALLECIERON	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	8	80
NO	2	20
TOTAL	10	100

TABLA N°19 Pacientes que recibieron Ventilación Mecanica y Fallecieron post operados de laparotomía del IESN 2003 - 2006

PACIENTE QUE RECIBIO VM Y FALLECIO	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	3	30
NO	7	70
TOTAL	10	100

ANEXO 3

GRAFICOS

GRAFICO N° 1
EDAD DE INGRESO AL IESN

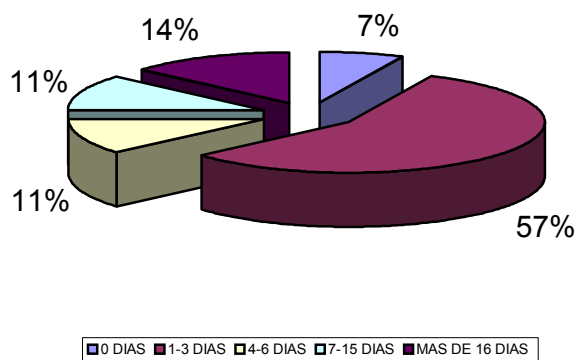
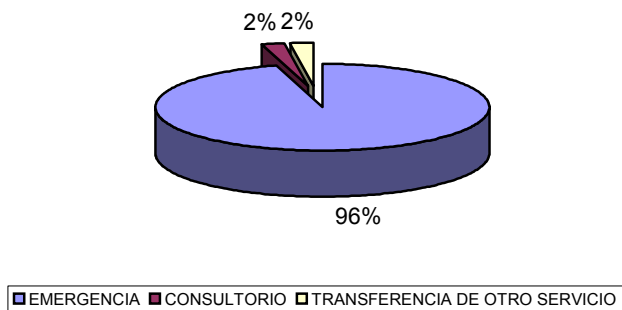


GRAFICO N° 2
VIA DE INGRESO



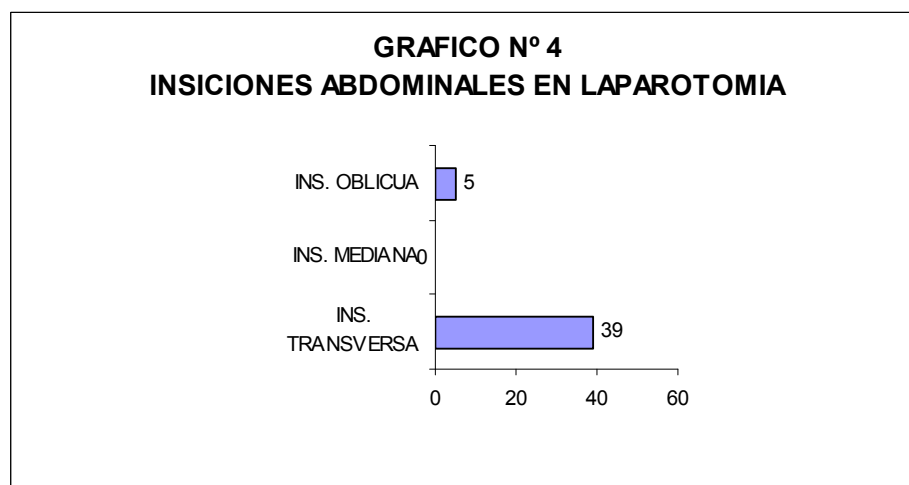
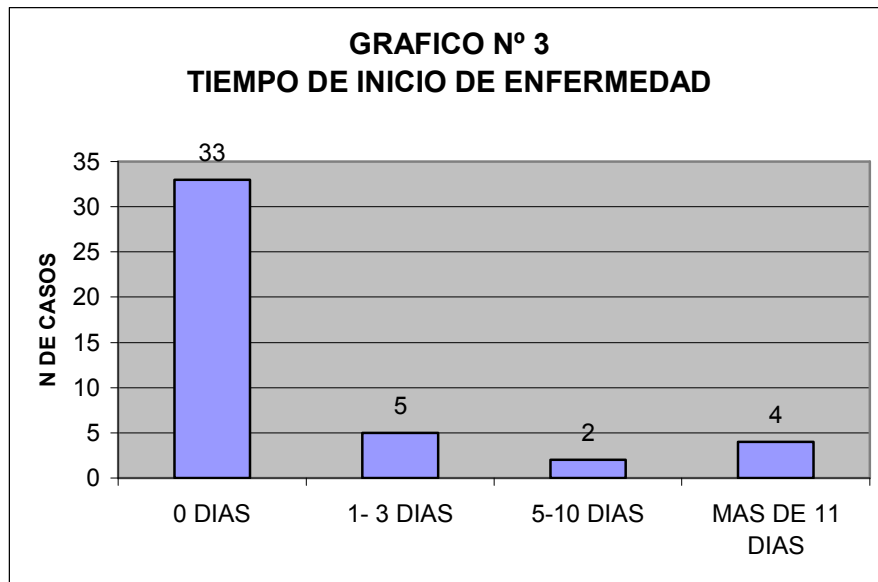


GRAFICO N° 5
OTROS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

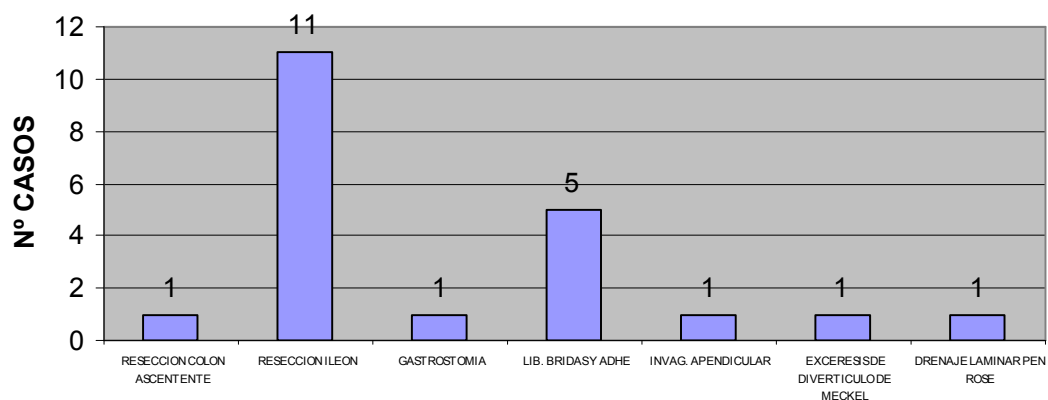


GRAFICO N° 6
NUMERO DE REOPERACIONES

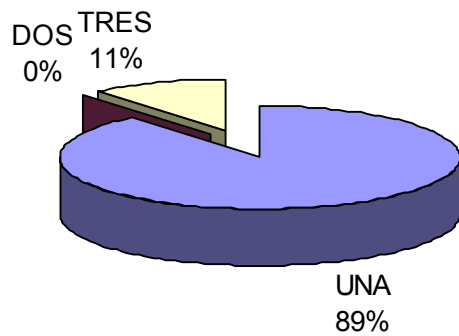


GRAFICO N° 7
CAUSAS DE REOPERACION

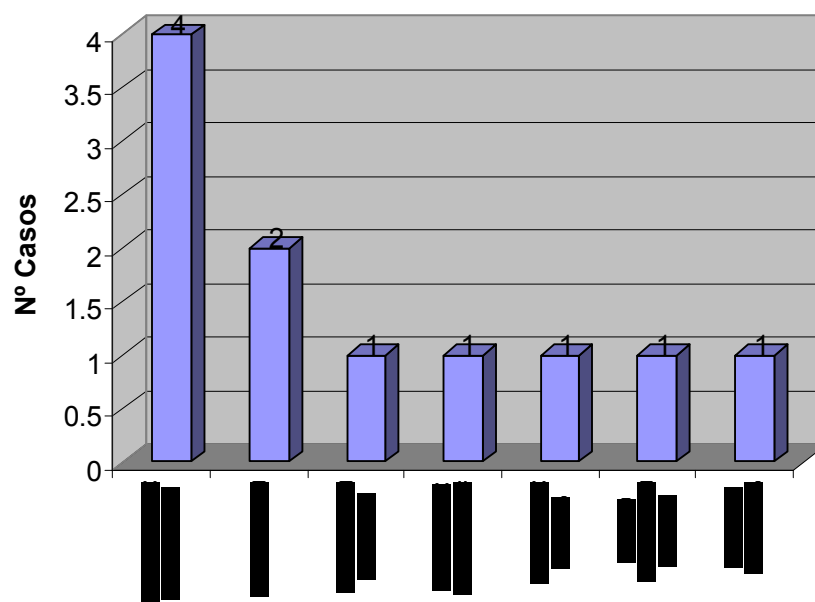


GRAFICO N° 8
COMBINACION DE ANTIBIOTICOS

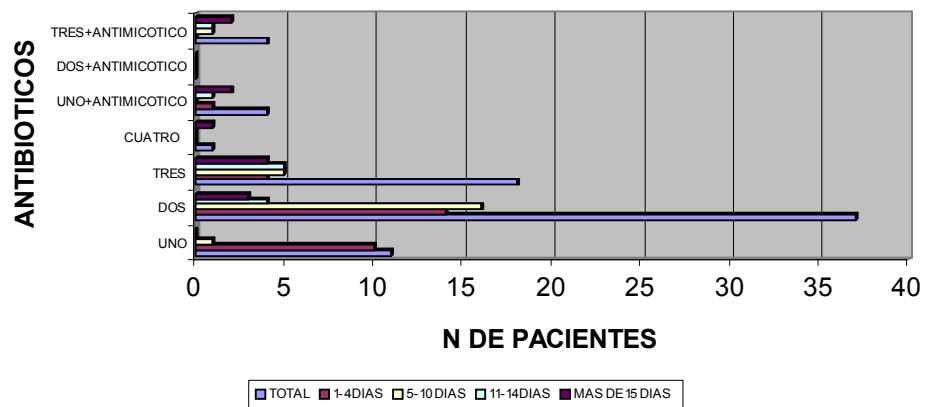


GRAFICO N° 9
ANALGESIA POS OPERATORIA

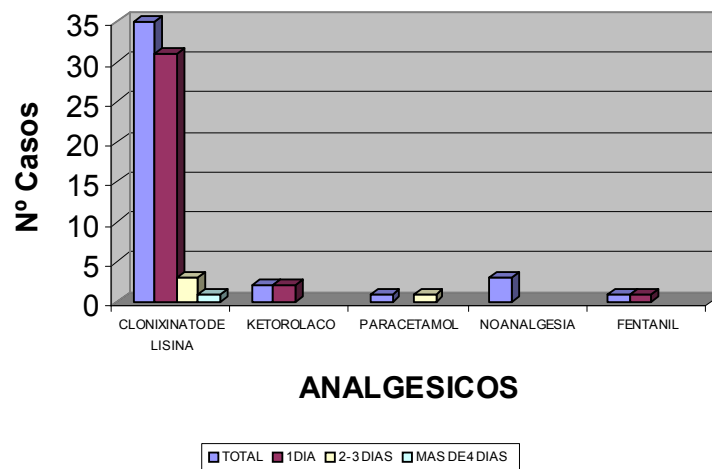


GRAFICO N° 10
OTRAS PATOLOGIAS HALLADAS ASOCIADAS

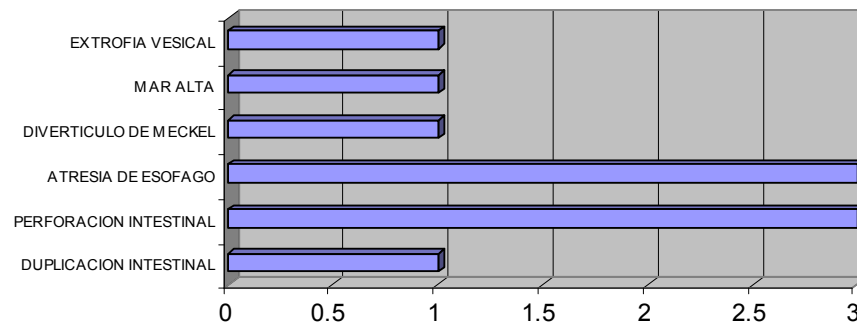


GRAFICO N° 11
FALLECIDOS

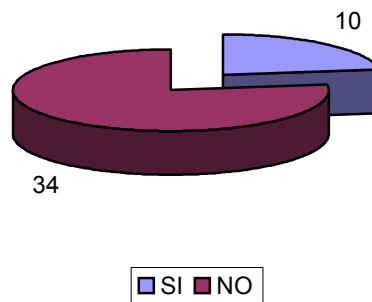


GRAFICO N° 12
PACIENTES FALLECIDOS POR PESO / EDAD
GESTACIONAL

